

**कार्यालय विकासखण्ड स्रोत केन्द्र ,
समग्र शिक्षा गुण्डरदेही जिला -बालोद(छ.ग.)
E-mail id : brccgnd@gmail.com**



**समग्र शिक्षा
Samagra Shiksha**

ज्ञाप.क./ 148 /समग्र शिक्षा/समा.क.छा.वृ./2025-26 गुण्डरदेही दिनांक 01.07.2025
प्रति ,

संबंधित संस्था प्रमुख
शा./अशा./प्राथ./पूर्व मा./हाईस्कूल/हॉयर सेकेण्ड्री
विकास खण्ड गुण्डरदेही

विषय :- शिक्षण सत्र 2025-2026 के लिए दिव्यांग छात्रवृत्ति आवेदन प्रस्ताव के संबंध में ।
संदर्भ :- कार्या.उप संचालक,समाज कल्याण विभाग जिला बालोद छ.ग. का प.कं./269/स.क /2025-26/
बालोद दिनांक 19.06.2025

-00-

उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि छत्तीसगढ़ शासन के निर्देशानुसार समाज कल्याण के माध्यम से दिव्यांग (संलग्नक में अंकित) छात्र/छात्राओं को शिक्षा प्राप्त करने में सहयोग प्रदान करने के उद्देश्य से दिव्यांग छात्र/छात्राओं के लिये कक्षा पहली से बारहवीं में अध्ययनरत छात्र/छात्राओं के लिए राज्य दिव्यांग छात्रवृत्ति योजना संचालित है । उक्त योजना में अधिक से अधिक संख्या में दिव्यांग छात्र/छात्राओं को लाभान्वित किया जाना है ।

अतः आपके विद्यालय में दिव्यांगजन छात्रवृत्ति हेतु पात्र छात्र/छात्राओं की जानकारी निर्धारित प्रपत्र में आवश्यक दस्तावेजों के साथ सात दिवस के भीतर इस कार्यालय को उपलब्ध कराना सुनिश्चित करें ।

संलग्न 1. निर्धारित प्रपत्र ।

2. आवश्यक दस्तावेज(1लीं से 8वीं तक)- दिव्यांग प्रमाण पत्र,आधार कार्ड,पिछलीं कक्षा का अंकसूची, राशन कार्ड,बैंक पास बुक(सभी का छायाप्रति) एवं दो पासपोर्ट फोटो
3. आवश्यक दस्तावेज(9वीं से 12वीं तक)- दिव्यांग प्रमाण पत्र,आधार कार्ड,पिछलीं कक्षा का अंकसूची, बैंक पास बुक, जाति, निवास प्रमाण पत्र(सभी का छायाप्रति) एवं दो पासपोर्ट फोटो ,आय प्रमाण पत्र
4. दिव्यांग विद्यार्थी जो कक्षा 11वीं एवं 12वीं में अध्ययनरत है उन्हें आवेदन के साथ एडमिशन में लगने वाले शुल्क का विवरण वाला दस्तावेज भी आवेदन के साथ संलग्न करें ।

विकासखण्ड स्रोत समन्वयक
विकासखण्ड स्रोत केन्द्र गुण्डरदेही

पृष्ठा.क./ 149 /समग्र शिक्षा/समा.क.छा.वृ./2025-26 गुण्डरदेही दिनांक 01.07.2025
प्रतिलिपि :-

1. जिला शिक्षा अधिकारी , जिला बालोद को सादर सूचनार्थ सम्प्रेषित ।
2. जिला मिशन समन्वयक , समग्र शिक्षा जिला बालोद को सादर सूचनार्थ सम्प्रेषित ।
3. उप संचालक ,समाज कल्याण विभाग जिला बालोद छ.ग. को सादर सूचनार्थ सम्प्रेषित ।
4. विकास खण्ड शिक्षा अधिकारी गुण्डरदेही को सादर सूचनार्थ सम्प्रेषित ।
5. सर्व संकुल शैक्षिक समन्वयक, संकुल केन्द्र को सूचनार्थ एवं पालनार्थ । अपने संकुल अन्तर्गत सभी शालाओं में चिन्हांकित दिव्यांग बच्चों की जानकारी निर्धारित प्रपत्र में एकत्र कर कार्यालय में उपलब्ध करायें ।

विकासखण्ड स्रोत समन्वयक
विकासखण्ड स्रोत केन्द्र गुण्डरदेही

प्रपत्र

S.N.	STUDENT'S NAME	FATHER NAME	SCHOOL NAME	CLASS	GENDER	CASTE	DISABILITY TYPE	DISABILITY PERCENTAGE	UDID NUMBER	BANK NAME	ACCOUNT NO	BRANCH	IFSC CODE	MOBILE NO	AADHAR
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)

टीप:-

कृपया प्रपत्र में जानकारी अंग्रेजी में ही अंकित कर प्रेषित करें।

DEPUTY DIRECTOR
SOCIAL WELFARE
DIST-BALOD (C.G.)

22/06/2025

प्रारूप-1

दिव्यांगजन छात्रवृत्ति योजना हेतु आवेदन पत्र



आवेदन पत्र क्रमांक

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

आवेदन दिनांक

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*1. योजना का नाम (चिन्ह ✓ लगायें)

: छात्रवृत्ति

☐

*2. आवेदन का प्रकार

नवीन

☐

नवीनीकरण

☐

*3. कक्षा

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

संस्था/शाला/महाविद्यालय का नाम

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*4. आवेदक का नाम

*प्रथम नाम

:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

मध्य नाम

:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

उपजाति/सरनेम

:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*5. पिता/अभिभावक का नाम

:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*6. आवेदक/अभिभावक का पता

मकान नं./ग्राम

:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

गली/पोस्ट आफिस

:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

तहसील

:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

जिला

:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

पिन कोड

:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

मोबाइल नम्बर

+9	1																		
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*7. लिंग

:

पुरुष

☐

महिला

☐

तृतीय लिंग के व्यक्ति

☐

*8. जन्मतिथि

:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*9. उम्र

:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

वर्ष/माह/दिन

*10. वर्ग : अजा ☐ अजजा ☐ अपिव ☐ सामान्य ☐

*11. अल्पसंख्यक : हां ☐ नहीं ☐

*12. दिव्यांगता का प्रकार :

*13. दिव्यांगता का प्रतिशत :

*14. आधार कार्ड नम्बर :

*15. भुगतान का तरीका : बैंक ☐ पो.आ. ☐

बैंक/पोस्ट आफिस का नाम :

शाखा का नाम :

खाता क्रमांक :

आई.एफ.एस.सी. (IFSC) कोड :

16. संलग्न प्रमाण पत्रों का विवरण

क्र.	प्रपत्र	जारी दिनांक	जारीकर्ता
1.			
2.			
3.			
4.			

—:घोषणा पत्र :-

मैं श्री/श्रीमती/कुमारीपिता/पति.....
.....निवासीसत्यनिष्ठा से यह घोषणा करता हूँ/ करती हूँ कि ऊपर बताई जानकारी मेरे ज्ञान के अनुसार सही है। यदि ऊपर लिखी जानकारी असत्य पाई जावे तो शासन नियमानुसार कार्यवाही कर सकेगा।

(आवेदक का हस्ताक्षर/अंगूठा निशानी)

•

पदनाम : संस्था प्रमुख

14